

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**Usługa ubezpieczenia Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** SZPITAL CHORÓB PŁUC IM. ŚW. JÓZEFA W PILCHOWICACH
- 1.2.) **Oddział zamawiającego:** Dział ZP
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 276215293
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** ul. Dworcowa 31
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Pilchowice
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 44-145
- 1.4.4.) **Województwo:** śląskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL229 - Gliwicki
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** szpital@szpital-pilchowice.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.szpital-pilchowice.pl
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

**SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE**

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00491059
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-09-09

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00470563
- 3.3.) **Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) **Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**  
SEKCJA VIII - PROCEDURA

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**  
8.1. Termin składania ofert

Przed zmianą:  
2024-09-11 11:00

Po zmianie:  
2024-09-18 11:00

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**  
8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:  
2024-09-11 11:15

Po zmianie:  
2024-09-18 11:15

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**  
8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:  
2024-10-10

Po zmianie:  
2024-10-17